Aus der chirurgischen Klinik und Poliklinik der Universität Marburg.
Direktor: Professor Dr. Läwen.

Ueber die Peritonitis der kleinen Mädchen.

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Universität Marburg

vorgelegt von

Wilhelm Neunhöffer
Medizinalpraktikant aus Darmstadt.

MARBURG
Buchdruckerei von Joh. Hamel
1922.

Angenommen von der medizinischen Fakultät Marburg
am 17. Januar 1922.

Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät.

Referent: Prof. Dr. Läwen.

Bei der Peritonitis der kleinen Mädchen handelt es sich um eine durch Pneumokokken bedingte Peritonitis. Schon vor Entdeckung des Pneumococcus durch Fraenkel sind solche Fälle in der französischen Literatur beschrieben worden. Das Verdienst, zuerst Pneumokokken bei der Peritonitis der kleinen Mädchen festgestellt zu haben, gebührt Camillo Bozzolo.

Unter Zugrundelegung eines durch Herrn Professor Läwen operierten Falles von Pneumokokkenperitonitis, die in Heilung ausging, und der in der Literatur angegebenen Fälle, möchte ich im Folgenden das Wesentlichste an diesem typischen Krankheitsbild hervorheben:

1. Die Pneumokokkenperitonitis tritt besonders im Kindesalter auf, 3—4 mal häufiger als bei Erwachsenen.

2. Sie kann entstehen:

a) auf dem Lymphwege — nach den Angaben in der Literatur zu schließen, ist diesem Infektionsmodus praktisch keine Bedeutung beizumessen.

b) auf dem Blutwege — unter Berücksichtigung der Tatsache, daß es verhältnismäßig selten nach Pneumonieen zu Pneumokokkenperitonitiden kommt und im Hinblick darauf, daß, trotzdem der Nachweis von Pneumokokken auf dem Peritoneum nach Pneumonie fast stets gelang, aber eine gewisse Virulenz der Pneumokokken zum Zustandekommen einer Pneumokokkenperitonitis vorhanden sein muß, ist der Blutweg als Entstehungsursache für eine Pneumokokkenperitonitis nur bei Allgemeininfektion anzunehmen.

c) vom Magendarmkanal aus beim Verschlucken von Mund-, Nasen- oder Bronchialsekret, worin stets Pneumokokken nachzuweisen sind. — Bei Durchsicht der Literatur nach vorausgegangenen intestinalen Erscheinungen findet man, daß fast jeder Pneumokokkenperitonitis gastrointestinale Erscheinungen vorausgegangen sind. Es ist deshalb anzunehmen, daß dem Magendarmkanal die größte Bedeutung für die Entstehung einer Pneumokokkenperitonitis beizumessen ist, besonders, wenn man bedenkt, wie empfindlich er im Kindesalter ist. Noch besonders hervorgehoben muß das recht häufige Zustandekommen einer Pneumokokkenperitonitis vom Prozessus vermiformis aus werden. Bei Erwachsenen kommt noch die Entstehung von einem perforierenden Magenulcus aus in Betracht oder von einem Carcinom, wobei die Pneumokokken ebenfalls von verschlucktem Sekret herrühren müssen.

d) von den übrigen Abdominalorganen aus — praktisch ohne Bedeutung.

e) von den weiblichen Genitalien aus — nächst der Entstehung vom Magendarmkanal aus die größte Bedeutung beizumessen; erklärt auch das häufigere Befallensein des weiblichen Geschlechts.

f) von außen her — praktisch bedeutungslos; einige wenige Fälle sind beschrieben worden. (Annaud und Bowen).

3. Pathologisch anatomisch unterscheidet man 2 Formen: eine diffuse und eine abgekapselte; erstere namentlich bei Erwachsenen; letztere häufiger bei Kindern. Im Anfang sind alle Pneumokokkenperitonitiden diffus. Charakteristisch ist zu Beginn der Erkrankung ein trübes, schleimiges Exsudat, daß sich diffus zwischen die Darmschlingen ergiesst. Recht bald wird das Exsudat eitrig, und zwar bildet sich ein

dicker, geruchloser Eiter von grüngelber Farbe, der sich durch starken Fibrinreichtum auszeichnet, wie auch der von Herrn Professor Läwen operierte Fall zeigte. Der Fibrinreichtum begünstigt eine Abkapselung der Peritonitis. Bei dieser Form kommt es entweder zu einer großen Abzeßhöhle, oder es bilden sich 2 und mehr Abzesse, die dann einzeln abgekapselt sind und gelegentlich auch mal retroperitoneal gelegen sein können. (Unser Fall). Im ersteren Falle liegt die Ansammlung gewöhnlich in der Mittellinie, aus welcher Lage sich der gelegentliche Durchbruch des Eiters durch den Umbilicus erklären läßt. Sind mehr Abzesse vorhanden, so kann ihre Lokalisation recht verschieden sein. — Bei der diffusen Form handelt es sich um eine Infektion zwischen die einzelnen Darmschlingen hinein. Der Eiter ist fibrinärmer, sodaß es nicht zu Verklebungen zwischen den einzelnen Darmschlingen kommt.

4. Von den Symptomen sei folgendes hervorgehoben: In der Mehrzahl der Fälle Beginn der Erkrankung ohne nachweisbare Prodromalerscheinungen mit heftigen Bauchschmerzen, die entweder in die Gegend des Nabels oder in die rechte Ileococealgegend (Verwechslung mit Appendicitis!) verlegt werden. In der Regel gleichzeitig Erbrechen und Diarrhoeen, die im Gegensatz zum Erbrechen, das gewöhnlich nach einiger Zeit wieder nachläßt, noch 4—6 Wochen lang fortdauern können (unser Fall). Außerdem Fieber, dessen schnelles Auftreten besonders als charakteristisch für die Peritonitis der kleinen Mädchen anzusehen ist.

5. Im weiteren Verlauf der Erkrankung auffallende Leukocytose im Blute. — Auf die stürmischen Anfangserscheinungen folgt das Stadium der Remissionen: unter Nachlassen der Schmerzen und des

Fiebers kommt es zu einer meteoristischen Auftreibung des Leibes, besonders häufig ganz ausgesprochen in der Gegend des Nabels, woraus sich das Durchbrechen der Eitermassen durch diesen Locus minoris resistentiae erklären läßt (Michaut). Werden nun die Eitermassen nicht spontan oder durch Laparotomie entleert, was häufig bei der diffusen Peritonitis, die nicht die charakteristischen Erscheinungen von seiten des Abdomens bietet, unterlassen wird, so tritt der Patient in das Stadium der zunehmenden Entkräftung ein. Dieses also besonders für die diffuse Peritonitis charakteristische Stadium zeichnet sich durch zunehmende Schwellung des Bauches und das Wiederauftreten von Fieber aus neben langsamem Verfall des Patienten, der dann gewöhnlich sehr schnell an Entkräftung zugrunde geht.

6. Die Diagnose ist schon ohne bakteriologische Untersuchung mit großer Wahrscheinlichkeit aus der geschilderten typischen Verlaufsweise und der charakteristischen Beschaffenheit des Eiters zu stellen, mit Sicherheit nur durch bakteriologischen Nachweis von Pneumokokken im Eiter, evtl. im Blute (Rohr). Differentialdiagnostisch sind Appendicitis, Typhus abdominalis, Peritonitis tuberculosa, — gonorrhoica, Streptokokkenperitonitis, Perforationsperitonitis und ak. Gastroenteritis auszuschließen.

7. Therapeutisch kommt nur die Laparotomie in Frage mit gründlicher Entleerung des Eiters, Drainage und evtl. Spülung bei diffusen Formen von Pneumokokkenperitonitis (v. Beck, Rohr, Koennecke). Man operiere, falls möglich, am 3. Tage der Erkrankung, da hier statistisch die Operationsergebnisse am günstigsten zu sein scheinen. Kommt der Patient erst später zur Behandlung, so soll man ruhig bis zum Eingriff das Abklingen der ersten stürmischen Erscheinungen

abwarten, da erfahrungsgemäß bei der Spätoperation der chirurgische Eingriff am Ende der 1. bis zur 3. Krankheitswoche die günstigsten Resultate liefert. Bis dahin hat sich nämlich das Exsudat abgekapselt. Nach der 3. Krankheitswoche werden die Resultate der Laparotomie wieder ungünstiger, was auf den sich einstellenden Kräfteverfall zurückzuführen sein dürfte. — Was die Technik der Operation anbetrifft, so macht man entweder einen Medianschnitt oder aber einen rechtsseitigen Pararectalschnitt, der bei der Ausheilung die Gefahr einer sich bildenden Hernie entschieden mehr herabsetzt. Außerdem ist das Peritoneum zu eröffnen und nach weiteren Abszessen zu fahnden. Nach Entleerung des Eiters wird die Bauchhöhle, nachdem evtl. noch eine Kochsalzspülung vorher vorgenommen wurde, bis auf die eingelegten Drains geschlossen.

8. Was die Prognose der Peritonitis der kleinen Mädchen anbetrifft, so ist sie nicht gerade als eine sehr günstige zu bezeichnen. Daß sie bei Kindern bei weitem günstiger als bei Erwachsenen sei, konnte ich nicht finden. Hauptsächlich abhängig ist sie von der Form der Pneumonokkenperitonitis und dem Zeitpunkt, in dem die Laparotomie ausgeführt wurde. (Vgl. Therapie).